

מרכז רפואי זיו - ועדת מכרזים

תאריך 20/10/2020

פרוטוקול אישור התקשרות בפטור
לפי תקנה 3(29), 3(30), 3(31), 3(32)

חברי ועדה הנוכחים בישיבה ותפקידם

| שם פרטי ושם משפחה | תפקיד בוועדה | נכח | לא נכח |
|-------------------|--------------|-----|--------|
| חיים טל | יושב ראש | ✓ | |
| ליאב צשלה, רו"ח | מנהל כספים | ✓ | |
| דוד לנגנס, עו"ד | יועץ משפטי | ✓ | |
| צחי אברמוביץ | חבר | ✓ | |
| אסף אלימלך | חבר | ✓ | |
| עדי בנארוש | רכזת | ✓ | |
| יהודית חסון | רכזת | ✓ | |

| | |
|--------|----------------------|
| רשם/מה | מנהל / יו"ר / והודות |
|--------|----------------------|

פרטי ההתקשרות המבוקשת

10/2020

| | | |
|---------------------|-----------------------|-------------------|
| נושא ההתקשרות | מס' (סלואנסקי) 47 APC | מספר ההתקשרות |
| תאריך תחילת התקשרות | תאריך סיום התקשרות | שווי ההתקשרות |
| 11/21/2020 | 30/11/2023 | 30000 ₪ |
| שם הספק | מספר הספק | מס' פנייה במנו"ף* |
| BACTLAB | 511563244 | 8000226603 |

*שדה זה ימולא לאחר פרסום במערכת (מנו"ף)

סוג ההתקשרות

- טובין
 שירותים
 ביצוע עבודה
 מקרקעין
 רכש
 מכר

| |
|------------------------------------------------------------------|
| תיאור מהות ההתקשרות (רקע ופירוט של הטובין/השירות/העבודה/מקרקעין) |
| מכירת חומרי חקלאות |
| |
| |
| |
| |

מרכז רפואי זינו - ועדת מכרזים

החלטת ועדת המכרזים

הוועדה מחליטה לאשר את נוסח ההודעה המצורפת/שפורסמה.

תנאים לאישור הנוסח: (ימולא בהתאם לצורך)

| |
|--|
| |
| |
| |

הוועדה מחליטה שלא לאשר נוסח ההודעה המצורפת.

הוועדה מחליטה לאשר את ההתקשרות.

הוועדה מאשרת את עצם ההתקשרות ומחליטה להעביר הבקשה לאישור ועדת הפטור.

החלטת הוועדה לענין מיזם משותף:

ימולא במקרה של התקשרות לפי תקנה 3(30)

מדובר במיזם משותף

מדובר בהליך תמיכה

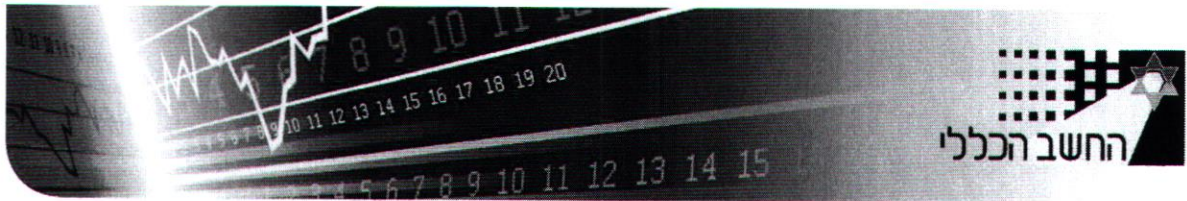
דיון ונימוקים להחלטה

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

חתימת חברי הוועדה

| שם | יושב ראש | מנהל כספים | יועץ משפטי | חבר נוסף | חבר נוסף |
|-------|----------|-----------------|-----------------|--------------|------------|
| | חיים טל | ליאב צשלה, רו"ח | דוד לנגנס, עו"ד | צחי אברמוביץ | אסף אלימלך |
| חתימה | | | | | |

תאריך 20/11/2019



שם הטופס: חוות דעת מקצועית במסגרת כוונה להתקשר עם ספק יחיד/ספק חוץ

| | |
|-----------------------------|-----------------------|
| פרק ראשי: התקשרויות ורכישות | מספר הוראה: 7.8.2 |
| פרק משני: פטור ממכרז | מספר טופס: ט. 7.8.2.1 |

| | |
|---------------|---------------------|
| משרד: | הבריאות |
| יחידה מזמינה: | אגף מעבדות בי"ח זיו |
| תאריך: | 10/11/2020 |

אל: ועדת המכרזים

הנדון: חוות דעת מקצועית במסגרת כוונה להתקשר עם ספק יחיד/ספק חוץ

הבקשה מסתמכת על תקנה (29)3 / (31)3 (סמן את התקנה המתאימה) לתקנות חובת מכרזים ועל הוראות תכ"ם מס' 7.8.1 ו-7.8.2.

| |
|-------------------------------------------------------------------------|
| תיאור מהות ההתקשרות (רקע ופירוט התכונות של הטובין/השירות/העבודה) |
| 1. סמן פלואורסנטי APC H7 |

האם קיים בנושא זה מכרז מרכזי של החשב הכללי או גורם ממשלתי מוסמך אחר? כן לא

סוג ההתקשרות: (סמן X במקום המתאים)

X טובין שירותים ביצוע עבודה

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------------|
| שם הספק: | BACTLAB |
| מספר הספק (ח.פ.ח.צ.ע.מ/מספר עמותה) | 511563744 |
| ספק זה הנו: | X ספק יחיד <input type="checkbox"/> ספק חוץ |
| אומדן / שווי ההתקשרות: | 10 אלף ₪ לשנה לא כולל מע"מ |
| תקופת ההתקשרות: | 3 שנים |

נימוקים כי הספק הוא ספק יחיד או כי הטובין הם טובי חוץ
(במקרה הצורך ניתן לצרף עמודים נוספים וכל מסמך רלוונטי נוסף)

נא להתייחס לסעיפים הבאים:

- האמצעים שבהם נערכו בדיקות לאיתור ספקים נוספים והכנת חוות דעת כולל פירוט מקורות מידע ופעולות שננקטו (לדוגמה חיפוש באינטרנט, התכתבות עם ספקים, פגישה או שיחה עם ספקים וכדומה).

שם הטופס: חוות דעת מקצועית במסגרת כוונה להתקשר עם ספק יחיד/ספק חוץ

מספר הוראה: 7.8.2

פרק ראשי: התקשרויות ורכישות

מספר טופס: ט. 7.8.2.1

פרק משני: פטור ממכרז


2. **ממצאי הבדיקה** (אם ישנם ספקים נוספים בתחום ההתקשרות, יש לפרט את הסיבות לאי התאמתם לביצוע ההתקשרות עימם ואת הסיבות להיות הספק שלגביו נכתבה חוות הדעת ספק יחיד/ספק חוץ)
3. נימוקים והערות נוספות

סמן פלואורסנטי ייחודי **APC-H7** המותאם באורך הגל לפאנל נוגדנים לברור ממאירויות המטואונקולוגיות בשיטת אפיון תאים

לאור הנימוקים שמניתי לעיל אנו מבקשים לערוך ההתקשרות בהליך פטור ממכרז.

חוות דעתי זו ניתנת מתוקף היותי הסמכות המקצועית לנושא זה.

בכבוד רב,

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|
|  | מנהלת אגף מעבדות מרכז רפואי זיו | ד"ר יפעת צבעוני |
| חתימה | תפקיד בעל הסמכות המקצועית | שם בעל הסמכות המקצועית |